Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI STELLA

Riunione del 01/10/2026

FATTO

Con ricorso dell'11 febbraio 2026 nei confronti dell'impresa e dell'intermediario (preceduto da reclamo all'intermediario in data 19 gennaio 2026 e inoltrato da quest'ultimo all'impresa in data 26 gennaio 2026) la ricorrente, tramite procuratore, riferisce che, in data 23 marzo 2024, durante una seduta di epilazione laser al viso presso un centro medico, avvertiva un improvviso e intenso dolore all'occhio sinistro accompagnato da una forte luce abbagliante. Successivamente constatava una deformazione della pupilla, arrossamento, bruciore e visione offuscata, dovuti ad un contatto del laser con l'occhio. La ricorrente afferma che, nei giorni successivi, insorgevano dolore, infiammazione e persistenti disturbi visivi, tali da richiedere una visita oculistica e un successivo accesso al Pronto Soccorso.

A seguito della denuncia del sinistro all'impresa convenuta, la ricorrente riceveva, in data 21 luglio 2025, la comunicazione di rigetto della richiesta di indennizzo. Il diniego della copertura assicurativa è stato motivato sulla base degli accertamenti istruttori svolti dalla medesima impresa, dai quali è emerso che l'evento denunciato difetta del requisito dell'accidentalità proprio degli infortuni indennizzabili ai sensi della polizza. In particolare, il danno lamentato sarebbe derivato dall'esecuzione di una prestazione medica connessa a

un trattamento estetico e non da un intervento resosi necessario in conseguenza di un infortunio coperto dal contratto assicurativo.

Pertanto, a fronte dell'esito negativo dei reclami presentati all'impresa e all'intermediario, la ricorrente ha ritenuto di adire questo Arbitro, proponendo il ricorso in esame.

Con le conclusioni del ricorso la ricorrente chiede espressamente l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo.

Con le controdeduzioni l'impresa eccepisce preliminarmente l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), ritenendolo carente degli elementi essenziali, in quanto la domanda, l'oggetto della controversia e l'esposizione dei fatti sarebbero formulati in modo generico e indeterminato. Inoltre, sostiene che il ricorso sia privo della documentazione necessaria a comprovare l'accadimento del fatto, il nesso causale e l'esistenza del danno e, dunque, inammissibile ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. e) del Decreto.

Nel merito, l'impresa afferma che la lesione lamentata dalla ricorrente si sarebbe verificata nel corso di un trattamento estetico di epilazione laser cui la stessa si è volontariamente sottoposta e che, pertanto, l'evento non presenterebbe i requisiti dell'infortunio indennizzabile previsti dalla polizza. In ogni caso, evidenzia che le condizioni contrattuali escludono la copertura delle conseguenze di cure o trattamenti medici non resi necessari da un infortunio.

L'impresa richiama, inoltre, le valutazioni tecniche dei propri consulenti medico-legali, che avrebbero escluso sia la natura infortunistica dell'evento sia la sussistenza di postumi permanenti indennizzabili, rilevando altresì l'assenza di documentazione attestante le spese mediche sostenute. Infine, l'impresa contesta la rilevanza della perizia medica di parte prodotta dalla ricorrente e prospetta la possibile operatività del principio della *compensatio lucri cum damno* qualora la stessa abbia già ottenuto o richiesto il risarcimento dei danni nei confronti del professionista che ha eseguito il trattamento.

Con le conclusioni l'impresa formula le seguenti richieste: "*(…) di voler accogliere le ragioni dell'impresa e, di conseguenza respingere il ricorso poiché: 1) inammissibile perché difetta dei suoi requisiti essenziali e della necessaria documentazione; 2) non indennizzabile poiché difetta del requisito dell'accidentalità, nonché specificatamente escluso dalle condizioni di polizza; 3) non sono residuati postumi permanenti ai sensi della tabella INAIL richiamata in polizza né sono state esposte spese*".

Con le controdeduzioni l'intermediario, a sua volta, eccepisce la propria totale estraneità ai fatti oggetto del presente ricorso, sostenendo che le doglianze della ricorrente riguardano esclusivamente il rigetto, da parte dell'impresa assicurativa, della richiesta di indennizzo relativa a un sinistro denunciato nell'ambito di una polizza infortuni per un danno asseritamente derivante da una prestazione sanitaria.

L'intermediario, inoltre, rappresenta che l'impresa, all'esito dell'istruttoria, ha comunicato il diniego della copertura illustrandone le motivazioni sia nella comunicazione di reiezione del sinistro sia nel successivo riscontro al reclamo. Secondo l'intermediario, le contestazioni

formulate dalla ricorrente attengono all'interpretazione delle clausole contrattuali e alla gestione del sinistro, ovverosia profili che rientrano nella sfera di competenza e responsabilità esclusiva dell'impresa assicurativa.

Per tali ragioni l'intermediario ha eccepito il proprio difetto di legittimazione rispetto alle domande azionate, ritenendo che l'unico soggetto legittimato a contraddire nel presente procedimento sia l'impresa.

La ricorrente, con le repliche, rappresenta nuovamente le modalità dell'asserito infortunio, indicando altresì un testimone dell'accaduto, e versa in atti ulteriore documentazione medica, unitamente ad alcune fatture delle prestazioni sanitarie effettuate, nonché lo *screenshot* di una *chat Whatsapp* a dimostrazione della responsabilità del medico che ha negligentemente effettuato il trattamento di epilazione laser.

Con le controrepliche l'impresa ribadisce l'eccezione di inammissibilità del ricorso, deducendo la violazione dell'art. 9, comma 1, lett. h) ed e), del Decreto. Sostiene altresì che, ai sensi dell'art. 8, comma 4, del Decreto, l'onere di allegazione probatoria deve essere assolto al momento della proposizione del ricorso, con conseguente preclusione alla successiva integrazione documentale in sede di repliche. In ogni caso, l'impresa ritiene che la documentazione successivamente prodotta dalla ricorrente non sia idonea a dimostrare né la dinamica del fatto né il nesso causale, evidenziando, tra l'altro, che il soggetto indicato quale testimone non avrebbe assistito direttamente all'evento.

Nel merito, l'impresa ribadisce che l'evento denunciato non sarebbe qualificabile come infortunio ai sensi delle condizioni di polizza, in quanto privo del requisito dell'accidentalità e riconducibile a un trattamento medico cui la ricorrente si sarebbe volontariamente sottoposta. Inoltre, ai sensi dell'art. 27, lett. q), delle condizioni generali di assicurazione (di seguito, "CGA"), risultano escluse dalla copertura le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da un infortunio indennizzabile.

DIRITTO

La questione rimessa alla decisione dell'Arbitro concerne la richiesta della ricorrente, nei confronti dell'impresa convenuta, di copertura assicurativa per un asserito infortunio (lesione all'occhio sinistro) subito durante una seduta di epilazione laser al viso presso un centro medico.

L'intermediario eccepisce la propria carenza di legittimazione passiva, deducendo la propria estraneità ai fatti di causa, in alcun modo addebitabili al distributore del prodotto assicurativo. Argomenta in proposito che l'assicurato lamenta una errata interpretazione delle clausole contrattuali da parte dell'impresa e dei propri uffici di liquidazione, e che "*qualora il ricorrente intenda denunciare, come nel caso di specie, sole criticità sorte nel corso del contratto (es. ritardo nella definizione del sinistro e/o nella liquidazione del danno/della prestazione; interpretazione di clausole contrattuali; accesso agli atti di un sinistro RCA) il destinatario del ricorso sarà unicamente la Compagnia Assicurativa*".

Il ricorrente, nelle proprie repliche, non ha contestato l'eccezione in esame.

A tal proposito, il Collegio rileva che l'intermediario convenuto opera quale soggetto iscritto nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari (cosiddetto "RUI"). La sezione A ricomprende gli agenti, ossia gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, in base a rapporti di mandato e distribuzione.

In una prospettiva meramente classificatoria, tali operatori vengono talora ricondotti alla categoria delle c.d. *MGA* (*Managing General Agents*), espressione che - lungi dal configurare una categoria normativa autonoma - viene utilizzata nella prassi per descrivere intermediari che, pur rientrando nel perimetro ordinario della distribuzione e non costituendo una categoria autonoma sul piano normativo, operano sulla base di mandati conferiti dalle imprese con un complesso di funzioni potenzialmente più ampio rispetto alla mera distribuzione, potendo estendersi anche ad attività a contenuto tecnico-operativo connesse al ciclo di vita del prodotto e, in alcuni casi, a segmenti della gestione operativa, quale la fase di gestione dei sinistri.

Nel caso di specie, dalla documentazione allegata al ricorso e dalla prospettazione delle parti, emerge che l'intermediario è intervenuto esclusivamente nella fase distributiva del prodotto, mentre il sinistro risulta gestito dall'impresa convenuta, che, ricevuta la denuncia di sinistro, ha negato la copertura assicurativa all'esito dell'attività istruttoria espletata.

Il Decreto ricomprende tra le controversie devolute all'Arbitro anche quelle aventi ad oggetto l'inosservanza delle regole di comportamento inerenti all'attività di distribuzione assicurativa: "*Sono rimesse alla cognizione dell'arbitro assicurativo le controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi le caratteristiche di cui al comma 3, e come oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi o l'inosservanza delle regole di comportamento previste dal Titolo IX, Capo II, sezione IV, Capi III, III-bis e III-ter del codice delle assicurazioni inerenti all'esercizio dell'attività di distribuzione assicurativa*" (art. 3, comma 1, Decreto).

Giova altresì ricordare che il Collegio dell'Arbitro Assicurativo ha già precisato che è inammissibile il ricorso "*ove la domanda* [sia] *diretta a ottenere la condanna dell'intermediario al pagamento dell'indennizzo o di altra prestazione derivante dal contratto di assicurazione. La titolarità della relativa obbligazione fa infatti capo all'impresa di assicurazione, quale parte del rapporto contrattuale e soggetto che ha assunto il rischio, e non all'intermediario incaricato di svolgere per suo conto l'attività di gestione del sinistro*" (cfr. Decisione AAS, n. 849/2026).

Ciò premesso, dall'esposizione del ricorso e dalla documentazione ad esso allegata non emergono doglianze del ricorrente rispetto a specifiche condotte ascrivibili all'intermediario, atteso che la ricorrente – come si vedrà meglio anche *infra* – chiede unicamente l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo. Ne consegue che la domanda nei confronti dell'intermediario deve considerarsi inammissibile.

Per quanto concerne l'impresa, la stessa deduce innanzitutto l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto in quanto il ricorso risulterebbe privo degli elementi essenziali normativamente prescritti. Segnatamente l'impresa assume che "*la domanda ed il suo oggetto risultano indeterminati poiché la ricorrente ha omesso di*

dettagliare l'OGGETTO DELLA CONTROVERSIA e le RICHIESTE ALL'ARBITRO così di fatto impedendo alla scrivente compagnia di poter articolare le proprie difese e a questo Collegio di individuare con precisione il diritto di cui viene richiesto l'accertamento".

L'eccezione dell'impresa, ad avviso del Collegio, è infondata.

La domanda e l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste, sono riportate come segue nel modulo del ricorso: "*OGGETTO DELLA CONTROVERSIA-Mancato accoglimento delle garanzie previste in polizza. RICHIESTE ALL'ARBITRO-La richiesta di un accertamento di un diritto*".

Secondo le previsioni del Decreto, il ricorso all'Arbitro Assicurativo è dichiarato inammissibile, fra gli altri casi, quando "*è privo dell'indicazione degli elementi essenziali quali l'oggetto, il contratto di assicurazione stipulato, la domanda e l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste*" (art. 9, comma 1, lett. h, Decreto).

Nell'interpretare la disposizione, il Collegio dell'Arbitro Assicurativo ha affermato che "*La disposizione impone alla parte ricorrente uno specifico onere di allegazione, volto a consentire l'esatta individuazione dell'oggetto della controversia, dei fatti storici posti a fondamento della pretesa e del provvedimento richiesto*" (cfr. Decisione AAS n. 776/2026). Per il vaglio dell'ammissibilità, il Collegio ha anche osservato che "*nell'ambito del procedimento innanzi all'Arbitro Assicurativo, parte ricorrente è tenuta a formulare una domanda articolata nel petitum (il provvedimento o il bene della vita richiesto) e nella causa petendi (la situazione giuridica giustificatrice della domanda) e a produrre la relativa documentazione dimostrativa. Il Collegio ritiene che tanto il petitum, quanto la causa petendi debbano essere, seppur in forma atecnica, comunque individuati o individuabili*" (cfr. Decisione AAS n. 781/2026). Nella Decisione AAS n. 336/2026 si è, infine, precisato sul tema che "*In via pregiudiziale deve ammettersi la piena ammissibilità del ricorso che rinvia al reclamo per l'esposizione dei fatti: laddove, come nel caso in esame, sia il petitum che la causa petendi sono individuabili sulla base di un esame complessivo della documentazione in atti, questo Collegio ritiene che il ricorso sia ammissibile. E ciò in linea con un consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, secondo cui il petitum deve essere individuato 'attraverso un esame complessivo dell'atto introduttivo del giudizio, non limitato alla parte di esso destinata a contenere le conclusioni, ma esteso anche alla parte espositiva' (v. Cass., sez. lav., 19 marzo 2001, n. 3911)*".

Anche nell'ambito dell'Arbitro Bancario Finanziario (il cui procedimento è soggetto a un regime normativo analogo a quello dell'AAS) si è precisato che la mancata produzione delle CGA "*relative alle coperture assicurative in contestazione*" non costituisce causa automatica di inammissibilità del ricorso per genericità della domanda, attesa la possibilità per il Collegio di valutare la fondatezza della domanda sulla base della complessiva documentazione prodotta (così, ad esempio, Coll. ABF di Bari, 14 gennaio 2020, n. 601).

Ciò premesso, questo Collegio osserva che nel caso di specie i fatti oggetto della controversia sono diffusamente esposti nella denuncia di sinistro del 10 giugno 2024 allegata al ricorso, nella quale la ricorrente ha descritto nel dettaglio la dinamica del sinistro,

i disturbi alla vista patiti nei giorni successivi e le visite effettuate per i controlli e le cure del caso.

In sede di presentazione del ricorso è stata altresì acquisita la documentazione contrattuale. Quanto all'oggetto della domanda, la ricorrente non chiede la condanna dei soggetti convenuti alla corresponsione di una somma di denaro, ma domanda unicamente l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo, come ribadito anche in sede di repliche.

Il Collegio, sulla base della documentazione agli atti, ritiene pertanto di disporre di sufficienti elementi per potere esaminare nel merito il ricorso, preordinato all'accertamento del diritto della ricorrente alla copertura assicurativa per il sinistro *de quo*.

L'impresa eccepisce anche l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. e) del Decreto, assumendo che il ricorso sia privo della documentazione necessaria a provare l'accadimento del sinistro e il nesso causale tra l'evento e i danni lamentati (al riguardo, si ricorda che l'art. 9, comma 1, lett. e) del Decreto dispone: "*1. Il Presidente dichiara inammissibile il ricorso quando:* […] *e) è presentato senza documentazione*").

Sostiene, infatti, la mancata allegazione di "*qualsiasi documentazione che comprovi che i fatti si siano svolti così come denunciati (esempio: ricevuta dell'avvenuto pagamento dell'intervento estetico o altra equivalente, foglio di pronto soccorso), così come difetta della documentazione medica minima necessaria*".

In sede di repliche, la ricorrente, pur senza espressamente contestare l'eccezione, rappresenta nuovamente le modalità di verificazione dell'infortunio, indicando un testimone dell'accaduto, e versa in atti ulteriore documentazione medica, unitamente ad alcune fatture delle prestazioni sanitarie effettuate, nonché lo *screenshot* di una *chat Whatsapp* a dimostrazione della responsabilità del medico che ha negligentemente effettuato il trattamento di epilazione laser.

Nelle controrepliche, l'impresa però eccepisce l'inammissibilità della documentazione prodotta dalla ricorrente in sede di repliche, sostenendo che l'onere di allegazione probatoria deve essere soddisfatto con la presentazione del ricorso.

Sul punto, l'art. 10, comma 2, del Decreto prevede: "*Con le memorie di replica e controreplica non possono essere proposte domande nuove o nuove eccezioni procedurali e di merito sulle circostanze del ricorso non contestate con la memoria di controdeduzione*".

Come risulta testualmente dalla norma citata, il Decreto non vieta la produzione di ulteriore documentazione in sede di repliche o controrepliche.

Eventuali limiti di ammissibilità per il deposito di nuovi documenti, dopo lo scambio degli atti introduttivi, devono quindi valutarsi alla luce della disposizione indicata di cui al comma 2 art. 10 del Decreto, tenendo conto dell'esigenza di carattere generale che sia sempre garantita la possibilità del contraddittorio fra le parti e considerando che un certa flessibilità nelle produzioni documentali dovrebbe essere consentita dall'Arbitro, alla luce della natura eminentemente documentale del procedimento davanti all'AAS (v. art. 3, comma 3, Decreto: "*Le controversie sono esclusivamente documentali, ferma restando la facoltà dell'arbitro assicurativo di sentire le parti nei casi di cui all'articolo 11, comma 4. L'arbitro assicurativo*

non può disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni orali").

In quest'ottica, l'Arbitro Assicurativo nella decisione n. 645/2026 ha già avuto modo di confermare il principio enunciato dai Collegi ABF (in relazione a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia) secondo cui con le memorie di replica le parti non possono allegare documenti di supporto a domande nuove o comunque volti a un ampliamento del *thema decidendum*, mentre possono precisare e approfondire gli argomenti svolti con il ricorso, anche producendo documenti strumentali alla confutazione delle difese avversarie (cfr. Coll. ABF di Milano, 20 ottobre 2023, n. 10141; Coll. ABF di Bologna, 24 agosto 2021, n. 19019).

Ciò premesso, nel caso di specie, con la memoria di replica il ricorrente si è limitato a depositare documenti a supporto di quanto già affermato nel ricorso e diretti a rispondere alle eccezioni dell'impresa di cui alle controdeduzioni, senza modificare neppure indirettamente il *petitum* o la *causa petendi* della sua domanda.

La nuova documentazione deve quindi ritenersi ammissibile e, come già osservato in relazione alla prima eccezione, sulla base della complessiva documentazione agli atti, il Collegio ritiene di disporre di sufficienti elementi per potere esaminare nel merito il ricorso, avente ad oggetto l'accertamento del diritto della ricorrente alla copertura assicurativa per il sinistro *de quo*.

Venendo al merito della controversia, il Collegio osserva che la ricorrente sostiene di avere riportato una lesione alla pupilla dell'occhio sinistro in conseguenza del trattamento di epilazione laser effettuato presso lo studio medico del soggetto presunto responsabile civile del suddetto danno biologico. Chiede, pertanto, l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo, producendo una perizia effettuata dal medico legale incaricato, in cui si afferma tra l'altro: "*(…) una percentuale di invalidità quantificabile nell'ordine del 7%", con "l'incidenza di tale discomfort visivo sulla attività specifica lavorativa della periziata, fotografa (…)"; è pertanto "altrettanto motivata la richiesta di un sensibile appesantimento del punto nel danno biologico richiesto. Infine, per quanto riguarda la inabilità temporanea, possiamo quantificarla con 5 (cinque) giorni di inabilità temporanea parziale al 75%, 10 (dieci) giorni al 50%, 10 (dieci) giorni al 25%*".

La ricorrente deduce l'operatività della garanzia "*Infortuni*", la cui sottoscrizione è pacifica tra le parti. In particolare, la polizza stipulata dalla ricorrente prevede l'operatività delle garanzie "*Invalidità permanente da infortunio*" e "*Rimborso spese di cura da infortunio*". Tali garanzie sono disciplinate rispettivamente dall'art. 2 e dall'art. 13 delle CGA.

L'impresa, al contrario, nega la copertura assicurativa, sostenendo che l'evento difetti del requisito dell'accidentalità degli infortuni coperti dalla polizza e che, anche se fosse possibile farlo rientrare nell'alveo degli infortuni indennizzabili, sarebbe comunque escluso dai rischi assicurati (atteso che nelle condizioni di polizza sono espressamente escluse "*le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio*"- cfr. art. 27 lett q) CGA); in ogni caso, difetterebbero i postumi permanenti della lesione.

Le asserzioni dell'impresa si fondano anche sulle relazioni peritali redatte da due differenti medici legali incaricati dall'impresa medesima, che hanno redatto il seguente parere medico-legale: "*Il caso non presenta il requisito dell'accidentalità, trattandosi di prestazione sanitaria, seppur incongruamente trattata. Non si tratta tra l'altro di un atto medico reso necessario da un infortunio indennizzabile (…) oggi non vi è alcun deficit visivo, motivo per cui l'eventuale danno alla persona non sarebbe percentualizzabile sotto il profilo della IP (…)*".

Il Glossario delle CGA descrive l'infortunio nei termini che seguono: "*evento unico dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili*".

Nell'art. 1 delle CGA sono inoltre riportati, a titolo esemplificativo, gli infortuni indennizzabili: "*L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento: a) dell'attività professionale indicata in polizza; b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità. Sono compresi in garanzia anche 1) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi*", oltre a varie fattispecie indicate nell'art. 1 in questione.

Nella giurisprudenza ordinaria relativa a clausole contenute in un contratto di assicurazione che, come quella oggetto del presente procedimento, circoscrivano la nozione di infortunio indennizzabile, si è qualificato l'infortunio come "*un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea della persona*" (cfr. Cass. Civ., sez. III, 8 aprile 2021, n. 9380); e ancora, come un evento dovuto a "*causa esterna e di regola violenta che si manifesta in modo repentino esaurendosi in un breve spazio di tempo e da cui conseguono lesioni personali apprezzabili con criteri medico-legali*" (cfr. Cass. civ., sez. III, 31 marzo 2017, n. 8357). Si è precisato, inoltre, che "*(…) la causa fortuita è data da quell'infortunio che non dipende dalla volontà del soggetto che lo ha subito, ma è accidentale, imprevisto ed imprevedibile, indipendente dalla volontà del soggetto stesso (…). Nel concetto di fortuità rientrano fenomeni connotati da eccezionalità, straordinarietà, anormalità e imprevedibilità dell'evento (…) la causa violenta ricorr[e] quando l'infortunio avviene in modo improvviso, e non quando è il risultato di un'azione protratta nel tempo. Mentre, la causa esterna, infine, proviene dal contesto esterno all'individuo, non trattandosi di una pregressa malattia o patologia*" (cfr. App. Bari, sez. II, 30 settembre 2021, n. 1691).

Ciò premesso, osserva il Collegio che la nozione di "*infortunio*" contenuta nella polizza è quella consueta, imperniata sul concetto di "*causa fortuita, violenta ed esterna*", mutuata in parte ("*causa violenta*") dalla disciplina antinfortunistica (cfr. art. 2 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124). Inoltre, le condizioni contrattuali escludono la copertura delle "*conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da un infortunio*" (cfr. art. 27, lett q), CGA).

La lesione lamentata dalla ricorrente si è verificata nel corso di un trattamento estetico di epilazione laser presso un centro medico, e quindi l'evento dannoso o la complicanza non derivano propriamente da un caso fortuito imprevedibile, ma da un'imperizia del medico nel contesto di un trattamento a cui la stessa ricorrente si è consapevolmente e volontariamente

sottoposta per finalità estetiche. Sembra configurarsi, pertanto, una fattispecie di responsabilità medica che potrebbe rientrare, astrattamente, nella copertura derivante da una polizza di responsabilità civile del professionista, in ogni caso non azionata in questa sede.

La circostanza che l'evento subito dalla ricorrente non sia ricompreso nella copertura assicurativa è confermata dall'art. 27, lett. q) delle CGA secondo cui sono escluse dalla copertura le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da un infortunio indennizzabile. Nel caso di specie, come si è visto, il danno lamentato è derivato dall'esecuzione di una prestazione medica connessa a un trattamento estetico e non da un intervento resosi necessario in conseguenza di un infortunio coperto dal contratto assicurativo.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA